



Service d'Anesthésie-Réanimation

Docteurs RAMBOURDIN-PERRAUD M., Dr DELMAS B., Dr BELLEC F., Dr DUPAS C., Dr HIRTZ D.
406 Bd Montauriol – 82000 MONTAUBAN
Tél : 05 63 03 80 47 Fax : 05 63 66 07 85
mail : anesthesistes@clinique-honore-cave.fr

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

Patient

Nom Prénom : sexe ☐ F ☐ H
Né(e) le : Poids : Taille : Nombre d'enfant(s) :
Profession :
Etes-vous déjà venu (e) Oui ☐ Non ☐ Date (s) :

INTERVENTIONS DEJA REALISEES SOUS ANESTHESIE GENERALE/LOCOREGIONALE/LOCALE Oui ☐ Non ☐

OPERATION OU EXAMEN :

TYPE D'ANESTHESIE

1/
2/
3/
4/
5/

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels et dates ?

Etes-vous enceinte ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous été transfusé(e) Oui ☐ Non ☐ Dates :

Avez-vous été traité(e) ou êtes-vous traité(e) pour une maladie parmi les affections suivantes ?

CARDIO-VASCULAIRE

- ☐ Souffle cardiaque
- ☐ Angine de poitrine
- ☐ Infarctus
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Troubles du rythme cardiaque
- ☐ Artérite
- ☐ Phlébite – Embolie pulmonaire
- ☐ Avez-vous eu des pertes de connaissance ? Oui ☐ Non ☐

BRONCHO-PULMONAIRES

- ☐ Asthme
- ☐ Bronchite chronique - Emphysème
- ☐ Tuberculose
- ☐ Insuffisance respiratoire
- ☐ Etes-vous fumeur (euse) ? Oui ☐ Non ☐
- Si oui nombre de cigarettes par jour
- depuis quand ?

MALADIES NEUROLOGIQUES

- ☐ Epilepsie
- ☐ Accident vasculaire cérébral
- ☐ Maladie de parkinson
- ☐ Autres

URO-NEPHROLOGIE

- ☐ Problèmes prostatiques
- ☐ Insuffisance rénale
- ☐ Autres

DIGESTIF

- ☐ Hépatite
- ☐ Pancréatite
- ☐ Cirrhose



ALLERGIE

☐ Médicamenteuse

☐ Oedème de Quincke

☐ Autres :

.....

.....

AUTRES

☐ Diabète

☐ Glaucome

☐ Myasthénie

☐ Sérologie HIV positive

☐ Maladie thyroïdienne

☐ Tendance au saignement

☐ Avez-vous été traité(e) par l'hormone de croissance ?

☐ Avez-vous des antécédents familiaux de maladie de Creutzfeldt-Jacob ?

☐ Avez-vous subi une intervention neuro-chirurgicale et notamment une greffe de dure-mère ?

☐ Autres.....

Quels sont les médicaments que vous prenez régulièrement ou que vous avez pris récemment ?

.....

.....

.....

Portez-vous une ou des prothèses ?

Oui ☐ Non ☐

Oui type :☐ Dentaires (fixes ou amovibles)

☐ Lentilles de contact

☐ Autres :